

Ambiência no cuidado integral e humanizado ao recém-nascido hospitalizado: a importância do projeto arquitetônico com olhar além do espaço físico

Autor: Thalita Lellice Moraes Campelo

Orientador: Eliete de Pinho Araujo

Linha de pesquisa Cidade, infraestrutura, tecnologia e projeto.

RESUMO

À medida que o paradigma do cuidado do paciente muda, é exigido que o espaço de saúde se adeque às novas práticas. Para isso, é importante estudar a rotina de um serviço de internação neonatal como forma de identificar fatores ambientais que possam contribuir para o desempenho no cuidado integral e humanizado ao recém-nascido hospitalizado. Foi realizado um estudo documental de toda base legal relacionada ao tratamento dado ao recém-nascido (zero a vinte e oito dias de vida) durante a internação. Com isso, detectou-se a ausência de normativas atualizadas sobre o espaço físico de saúde que aborda a mudança de paradigmas implementados na Portaria Ministerial nº 930/2012. O levantamento mostrou aspectos relevantes que devem ser observados ao projetar um espaço físico de internação que permite promover a prática do cuidado progressivo neonatal, como forma de minimizar o estresse do paciente internado em um ambiente de alta e média complexidade, como a Unidade Neonatal. As análises das questões obtidas foram trabalhadas de maneira qualitativa por meio de estudo de caso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Moinhos de Vento, localizado em Porto Alegre, no estado de Rio Grande do Sul. Como instrumento para coleta de dados, foram realizadas entrevistas com as famílias dos internados e com a equipe assistencial. Durante os dias em campo, foram registradas observações dos espaços destinados à UTIN, o layout de cada ambiente, marcando o vão entre os leitos, a variação de temperatura, a umidade relativa do ar e identificadas as fontes de ruídos mais críticas. Com relação ao espaço existente para cada leito, observou-se que mais de 60% dos afastamentos entre eles não estavam dentro dos parâmetros da RDC 50/2002, impactando nos espaços destinados aos equipamentos e poltronas. Quanto à temperatura e à umidade relativa do ar, não houve discrepância da base legal para os índices conferidos, sendo consideradas normais e dentro do indicado na norma. Por outro lado, os níveis de ruídos analisados não atendem aos indicadores estabelecidos na legislação vigente,

apresentando índices acima do aceitável até mesmo quando o ambiente está sem paciente e apenas com o ar condicionado ligado. Os resultados obtidos pela análise sugerem que o Hospital Moinho de Ventos possui cuidado progressivo neonatal, mas somente em serviço de terapia intensiva. Observou-se que se essa forma de cuidar fosse ampliada para as unidades de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários, ou seja, em formato de Unidade Neonatal, os pais se sentiriam mais seguros ao ver o RN sendo cuidado de forma integral e progressiva, uma vez que teriam um ambiente mais agradável.

Palavras-chave: Recém-nascido. Ambiência. Cuidado Humanizado Neonatal.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado de uma dissertação de mestrado que trata de um estudo de caso desde o levantamento documental da base legal relacionada ao tratamento dado ao recém-nascido (zero a vinte e oito dias de vida) durante a internação até a coleta de dados do estudo de campo. Foi realizado o estudo da rotina de um serviço de internação neonatal como forma de identificar fatores ambientais que possam contribuir com a melhoria do desempenho no cuidado integral e humanizado ao recém-nascido hospitalizado. Para isso, foi considerado que, à medida que o paradigma do cuidado do paciente muda, é exigido que o espaço de saúde se adeque às novas práticas assistenciais.

1.1 Justificativa

O processo de trabalho voltado ao nascimento do indivíduo tem passado por uma mudança de paradigma que reflete o modo de olhar o recém-nascido hospitalizado. Essa transformação do perfil assistencial gera reflexões e influências na configuração do espaço físico destinado à internação neonatal.

Na legislação de EAS (RDC 50/2002) (BRASIL, 2002), a internação neonatal tem previsão de berçários para saudáveis, para cuidados intermediários e para cuidados intensivos. Uma configuração usual da época de sua elaboração, configuração esta que é revogada pela RDC 36/2008, no que se trata dos padrões de atenção obstétrica e neonatal. Porém, sem maiores detalhes de ambientes voltados ao RN internado.

Os novos paradigmas da atenção ao recém-nascido hospitalizado, implementados pela Portaria Ministerial 930 (BRASIL, 2012), redesenham os espaços

e suas relações com o propósito de beneficiar o RN e ofertar melhoria do atendimento deste paciente e sua família. Contudo, não aprofunda o assunto no que se refere à infraestrutura, fato que impossibilita a interpretação adequada relacionada a esse quesito.

Essas legislações mostram o recém-nascido saudável ao lado de sua família e o RN grave ou potencialmente grave encaminhado para a Unidade Neonatal: unidade assistencial com equipe multiprofissional especializada, com estrutura que dentre todos os benefícios pode-se destacar a segurança do paciente, o incentivo da presença da família na recuperação do bebê, o incentivo ao aleitamento materno, a continuidade do cuidado neonatal e a segurança no trabalho em equipe.

Por meio das evidências científicas, é observada a importância de olhar além do espaço e saber interpretar como o ambiente pode contribuir para melhoria da vivência em um serviço de alta e média complexidade hospitalar.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Estudar a rotina e os ambientes do serviço de hospitalização neonatal, que permita promover resultados satisfatórios a todos os envolvidos no cenário de internação neonatal.

1.2.2 Objetivos Específicos

Observar o processo de trabalho nos ambientes de internação neonatal.

Verificar o comportamento dos usuários no ambiente de internação que incentiva o estresse em uma unidade neonatal.

Identificar a importância de preconizar o espaço destinado ao cuidado progressivo neonatal.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A oportunidade de estudo da mudança de paradigma do cuidado neonatal e a atuação profissional em consultoria a serviços assistenciais à saúde da criança, gerou a expectativa em aprofundar no tema de internação do recém-nascido no âmbito da arquitetura. Para isso, foram pesquisadas bases conceituais e diretrizes

operacionais que influenciam no funcionamento do serviço de neonatologia, aqui abordadas em quatro tópicos: A evolução conceitual da legislação relacionada ao tema infantil e diversos autores de referência para o edifício de saúde; Os usuários da unidade neonatal; A linha cuidado progressivo neonatal e a infraestrutura desse tipo de serviço.

2.1 Evolução conceitual e diretrizes

Como premissas para este estudo foram pesquisadas primeiramente as legislações que envolvem a faixa etária da primeira infância englobando o público alvo em questão, sendo elas:

2.1.1 A Constituição Federal/1988 (BRASIL, 1988): em seu artigo 227, dispõe que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde;

2.1.2 A RDC 50/2002 (BRASIL, 2002): que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS);

2.1.3 A Portaria 1.683/2007 (BRASIL, 2007): aprova a norma de orientação para a implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Em sua introdução diz:

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

2.1.4 A RDC 36/2008 (BRASIL, 2008): dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Tal legislação revoga na RDC 50/2002 (BRASIL, 2002) os itens referentes ao parto e ao nascimento descreve que o EAS que possuir serviço de atenção obstétrica e neonatal deve garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento;

2.1.5 A Portaria 930/2012 (BRASIL, 2012): define as diretrizes e objetivos para a organização integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave;

2.1.6 A Portaria 1.130/2015 (BRASIL, 2015): institui a Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Estruturou em seu primeiro eixo da política a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;

2.1.7 A Lei nº 13.257/2016 (BRASIL, 2016) – Marco Legal da Primeira Infância: dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº8.069/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), prevê que os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

É importante ressaltar que deve ser considerado, além da humanização do espaço, o fator integração do serviço com os sujeitos envolvidos, conforme prevê a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 8).

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

A PNH (BRASIL, 2010, p. 6) também adota o conceito de ambiência para arquitetura nos espaços de saúde, como destacado no terceiro eixo do conceito de ambiência: “O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. ”

A arquitetura deve estar à disposição dos avanços tecnológicos da medicina, já dizia Araujo (2011, p. 143): “O planejamento adequado do projeto arquitetônico de um ambiente de saúde, além de conciliar bem-estar à tecnologia, contribui para harmonização funcional do EAS e premedita problemas provenientes do pós-ocupacional.”

O surgimento de novos conceitos para o desenho de EAS, que incorpora a visão do paciente, traz para seus espaços, os signos e valores que encontramos em nossas casas e uma integração com o espaço exterior (SANTOS et al., 2014, p. 5):

Neste sentido podemos citar o Patient Centered Design, como uma nova forma de se pensar a Arquitetura de espaços para assistência à saúde, integrando os avanços tecnológicos a uma nova concepção de projetos onde a tecnologia não necessite impor ambientes despidos de identidade e escala humana e onde o usuário possa reconhecer os valores presentes no seu cotidiano. Estes novos conceitos preconizam, além da cura dos males físicos, um suporte emocional para o tempo de internação hospitalar, onde a concepção e desenho dos espaços tenham um impacto positivo na duração da internação e na qualidade de vida durante o tempo de permanência na instituição.

O Núcleo de Pesquisa e Estudos Hospital Arquitetura (NUPEHA, 2019, p. 1) reforça que os espaços de saúde modernos esboçam um novo desenho:

A começar pela sua relação mais humanizada com o usuário. Hoje, seja paciente, médico, profissional de enfermagem, familiar do paciente, ou visitante, todos aqueles envolvidos no processo de produção de saúde são valorizados na hora da concepção arquitetônica do edifício.

Para aliviar o sofrimento e propiciar a recuperação da saúde dos pacientes, os novos ambientes propõem-se a promover o bem-estar, o acolhimento e a segurança de toda a cadeia a qual se relaciona. Vários estudos mostram a relação direta do espaço hospitalar com os resultados dos pacientes, provando que ambientes agradáveis diminuem a ansiedade e a dor, interferindo diretamente na cura.

Como diz o arquiteto Mário Ferrer (2012, p. 13), a permanência de um paciente no hospital é sempre uma agressão, não só física como mental.

[...] Para minimizar esse estresse causado por estas situações, é importante que os locais de permanência do paciente sejam projetados com muito carinho. A arquitetura não cura o paciente, mas pode contribuir para este objetivo, criando ambientes agradáveis e confortáveis.

As referências citadas reforçam a necessidade do estudo ampliado ao tema de internação do recém-nascido, indivíduo vulnerável que ainda não fala, mas que expressa seus sentimentos e suas dores por meio de gestos. Foi possível observar como é preciso avançar no desenvolvimento de um ambiente que alia o sofrimento e produz o bem-estar.

2.2 Usuários

Os setores de saúde comportam diversos usuários, cada um com uma característica emocional distinta. No caso da internação neonatal há uma mistura de frustração de um sonho – um recém-nascido saudável esperado durante quase nove meses – e a expectativa da continuidade da vida desse ser. A dissertação, explorou quatro tipos de usuários: O paciente, a equipe assistencial, os pais (acompanhantes) e os visitantes.

Na especificidade do recém-nascido, o direito a acompanhante é garantido pelo Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2015), a equipe especializada é exigida pela RDC 07/2011 (BRASIL, 2011) e pela Portaria 930/2012 (BRASIL, 2012), e a rotina das visitas dependem da gestão de cada estabelecimento.

2.2.1 O paciente recém-nascido

Para iniciar o assunto do usuário protagonista do serviço de neonatologia, é preciso lembrar que recém-nascido é o nome dado à criança desde o nascimento até os seus 28 dias de vida.

Em uma UTI Neonatal predomina pacientes de risco, recém-nascidos prematuros. Porém, todo RN pode precisar de internação em uma Unidade Neonatal, como por exemplo os portadores de dificuldade respiratória, problemas cardíacos, icterícia, pré ou pós-operatório e até mesmo à espera por ganho de peso.

Nas Figuras 1 e 2 foram ilustrados os dois cenários que permitem comparações entre o sonho de um berço planejado e a frustração do recém-nascido na incubadora.

Figura 1: O berço idealizado



FONTE: Arquivo pessoal.

Figura 2: Incubadora do RN internado



FONTE: Arquivo pessoal.

Quando se trata de um RN na UTI, têm-se pacientes que quando são fetos, estão em estado de sono quase que constante e ao nascer são internados sem previsão de alta, e como consequência possuem constantes momentos de interrupção do descanso.

Conforme Zaeyen (2003, p. 139), a criança de zero a três meses de idade se assusta ou acorda com sons intensos e repentinos e acalma-se ao ouvir a voz materna.

2.2.2 Equipe Assistencial

O número de profissionais que circulam dentre os leitos e os demais ambientes é alto. Durante o estudo de caso, foi observado que em uma escala de plantão, o número de profissionais varia de acordo com a previsão de número de leitos ocupados.

Estes profissionais lidam o tempo todo com situações de alta complexidade de vida e de morte, precisam ser atentos, controlar suas emoções e ao mesmo tempo acolher, ter boa comunicação com a família e com os demais profissionais. Ao entrevistar a equipe foi possível perceber que, suas atividades, não são sacrifícios, e sim um trabalho feito com amor e carinho.

Como o relatado por uma técnica de enfermagem ao descrever seu trabalho: “Sou apaixonada pelo o que faço, aprendi muito a dar mais valor à vida por tudo que acontece aqui dentro. Ver tanto sofrimento de pais e o retorno maravilhoso que a gente tem quando vê eles indo para casa bem e depois vindo visitar a gente. Não tem explicação o quanto é bom. É bem gratificante este trabalho”.

2.2.3 Pais

Durante a gestação, os pais idealizam como serão os traços do seu bebê, a cor da pele, o cabelo e o sonho de dar à luz a um ser sadio. Quando recebem a notícia, o sonho é substituído por angústia, emoção, questionamento e culpa. Os pais (Figura 3) e a família programam aquele momento sem imaginar a frustração da vivência em um ambiente tão complexo como uma UTIN. No estudo de caso, foi possível registrar relatos de pais e mães de crianças internadas e como enxergam a vivência durante o tempo de internação. Abaixo estão alguns destes relatos:

“Chegando aqui foi uma alteração de pressão e entrei em estado de choque. Porque era pra tá tudo bem e de um dia pro outro não estava mais”. (Mãe)

“A gente é pai, sem ser pai. Ninguém nunca espera. A gente olha em filme, o neném nasce chorando, bonitinho. Em três horas tudo muda. O fato de estar ao lado dela, de poder ver ela, ver a evolução dela, acho que isso nos alivia bastante, ajuda bastante. Querendo ou não a gente ajuda a tá ali trocando uma fralda [...] está participando também”. (Pai)

Figura 3: Pais na UTIN do HMV



FONTE: Arquivo pessoal.

2.2.4 Visitantes

O tema desse trabalho é uma situação que qualquer pessoa pode viver. Uma criança internada pode ser um sobrinho, o filho de um amigo, um neto, um primo, um irmão, um filho recém-nascido.

Esse público é formado pelo grupo de visitantes à uma internação neonatal. Os estabelecimentos programam dias e horas determinadas, locais para ver os pacientes, que podem ser externos à internação (por meio de visores de vidro) ou na beira leitos. Essas visitas passam pelo momento de conhecer a criança, de ir para acolher os pais, de ter o cuidado com suas reações e não levar para o ambiente de internação as impurezas externas. São emoções, responsabilidades e sensações que agregam o cuidado da equipe, dos pais e das próprias visitas para a dinâmica de entrada e saída de diversos familiares. Esse usuário tem profunda influência para acalantar os pais, levar para o ambiente hospitalar o momento em família.

Durante o estudo de caso, observou-se que o hospital tem uma área restrita que separa os boxes de internação da área de acesso aos visitantes, conforme pode

ser observado na Figura 4. É um corredor externo com visores de vidro que permitem o contato visual entre o externo e o interno.

Figura 4: Corredor externo à internação - HMV



FONTE: Arquivo pessoal.

2.3 Cuidado Progressivo Neonatal

Com objetivo de redesenhar o espaço e suas relações, de garantir o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos, a Portaria Ministerial nº 930/2012 (BRASIL, 2012) definiu as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Tem como objetivo a garantia do direito da permanência de mãe e filho juntos desde o nascimento, o incentivo do aleitamento materno e o cuidado integral ao recém-nascido que necessita de cuidados especializados.

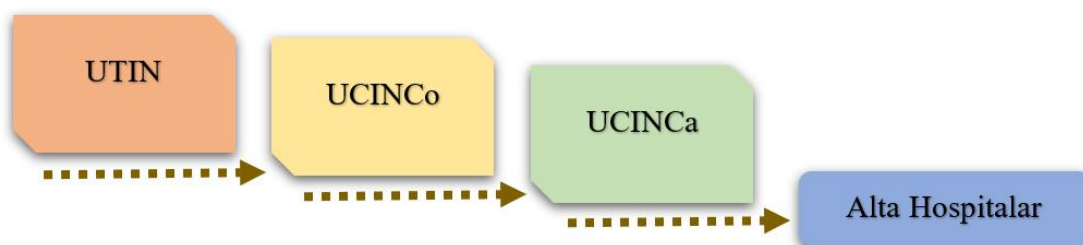
O suporte realizado ao RN é de acordo com a evolução do seu quadro clínico, ou seja, a criança internada em uma terapia intensiva de alta complexidade, passa

pela transição do cuidado para preparar o paciente e a família para a desospitalização, buscando evitar a alta precoce e o retorno da internação hospitalar após a alta.

O programa de necessidades de uma Unidade Neonatal, compreende três unidades de cuidados: UTIN, UCINCo e UCINCa. Trata-se de unidades funcionais individuais, porém não são independentes. Uma dá continuidade ao tratamento da outra, de maneira progressiva de cuidar. Quando localizadas de maneira contígua, os ambientes de apoio podem ser compartilhados, quando não, cada uma precisa destes ambientes exclusivos. A Unidade Neonatal é dividida de acordo com as necessidades do cuidado, sendo: I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

A Figura 5 representa a sequência da linha do cuidado progressivo neonatal da internação do recém-nascido até a alta hospitalar que serão comentadas com mais detalhes nos próximos tópicos.

Figura 5: Linha do Cuidado Progressivo Neonatal



FONTE: Arquivo pessoal.

2.3.1 UTIN

É uma unidade de alta complexidade, em sua maioria são pacientes portadores de risco de morte, podendo estar em ventilação mecânica. Os inúmeros equipamentos oferecem suporte a vida, tratamento e monitoramento ao RN. Os pais têm direito ao livre acesso, com a previsão de uma poltrona a cada leito para acompanhante.

2.3.2 UCINCo

Podem configurar-se como suporte às UTIN ou de forma independente. São características de paciente da UCINCo: RN após alta da UTIN com necessidade de

cuidado complementar; que possuam desconforto respiratório sem necessidade de ventilação mecânica; peso superior a 1.000 gramas e inferior a 1.500g, estáveis, sem acesso venoso central; em nutrição enteral plena; submetido a cirurgia de médio porte, estável, após o pós operatório imediato na UTIN.

2.3.3 UCINCa

A UCINCa deve possuir equipe adequada para prestar os cuidados assistenciais e orientação da mãe sobre a sua saúde e a do recém-nascido. Este serviço só funciona em hospitais que possuem UCINCo, pois é uma continuidade do cuidado e precisa da disponibilidade de tempo e desejo de participação da mãe. Em casos de pacientes sem a permanência da mãe/acompanhante 24h por dia, este RN permanece na UCINCo.

Conforme Portaria 1.683/2007 (BRASIL, 2007) são critérios para o RN da UCINCa ter estabilidade clínica, nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo) e peso mínimo de 1.250 gramas. Familiares e profissionais da saúde são capacitados para reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido e o conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru.

É importante destacar que nesta etapa, têm muitas famílias que estão há meses com o bebê hospitalizado; é uma mistura de novidade, ansiedade, medo, felicidade em poder ir para casa. A saída do hospital é um alívio para a família, porém todos estavam acolhidos e seguros por estarem assistidos pela equipe.

Durante o trabalho de observação no estudo de caso, um pai disse: “Tem hora que olho mais para o monitor do que para meu filho, não sei como será quando for embora”. No ambiente da UCINCa é trabalhado o desmame tanto do paciente quanto da família com os equipamentos, é preciso ter o controle do barulho para simular o ambiente residencial. Porém, sempre lembrando que continua sendo uma unidade de cuidado intermediário e que o RN ainda está em recuperação.

3 METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado um estudo documental de toda base legal relacionada ao recém-nascido. Com isso, foi detectada a ausência de normativas atualizadas sobre o espaço físico de saúde que aborde a mudança de paradigmas

implementados na Portaria Ministerial 930/2012 (BRASIL, 2012), na Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Criança e no Marco Legal da Primeira Infância.

As análises das questões obtidas foram trabalhadas de maneira qualitativa por meio de estudo de caso da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do Hospital Moinhos de Vento (HMV), localizado na região Sul do Brasil, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Os instrumentos para levantamento de dados foram feitos por meio de entrevistas com as famílias dos internados e com a equipe assistencial do hospital, observação dos espaços da UTIN e medição dos ambientes. É importante ressaltar que todas as entrevistas seguiram a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para explicar as características da infraestrutura que influenciam o bem-estar dos envolvidos na internação do RN, foi considerada como base a metodologia de natureza aplicada, ao qual pretende levantar aspectos relevantes que se devem observar ao projetar um espaço de internação, que permite promover a prática do cuidado progressivo neonatal, e assim minimizar o estresse do paciente internado em um ambiente de alta e média complexidade, como a Unidade Neonatal.

Posterior ao processo em campo, foi realizada a tabulação dos dados para análise e discussão dos possíveis diagnósticos e conclusões. Para isso foram elaboradas planilhas que permitem melhor comparação e visualização dos cenários relacionados durante o processo de coleta.

4 DISCUSSÃO DOS DADOS

Inaugurado no ano de 1927, localizado na região Sul do país, no Rio Grande do Sul (RS), na cidade de Porto Alegre (POA), o Hospital Moinhos de Vento (HMV) funciona em gestão da esfera privada e é um hospital geral com referência em gestação de alto risco.

Conforme dados fornecidos pelo HMV, são realizados em média 336 partos por mês na maternidade. Como o hospital é referência em gestação de alto risco, grande parte dos leitos de UTIN são ocupados por recém-nascidos prematuros.

O fluxo do hospital foi priorizado com a localização da maternidade em dois andares. O Centro Obstétrico tem acesso direto para UTIN; a internação de Alojamento Conjunto (ALCON) é em andar diferente, mas tem um elevador exclusivo que dá acesso da internação da mãe para a internação do RN.

Possui 27 leitos de UTIN discriminado para internação neonatal. À primeira vista o hospital não possui o cuidado progressivo neonatal, pois conforme explicado, o cuidado é dividido em UTIN, UCINCo e UCINCa.

Todavia, na prática, os boxes são divididos de acordo com o estado crítico de cada paciente. Os recém-nascidos clinicamente mais graves ficam no boxe 1 ou nos quartos de isolamento. Conforme as características clínicas evoluem positivamente, esses pacientes passam para os boxes à frente. Os dois últimos boxes (05 e 06) estão destinados aos pacientes mais saudáveis que estão em fase de transição para desospitalização.

O estudo de caso permitiu analisar de modo mais profundo o objeto de trabalho destinado ao atendimento do RN hospitalizado, examinando o ambiente com a oportunidade de vivência da realidade do usuário. Durante os 5 dias em campo foram realizadas: 21 entrevistas com os usuários da neonatologia, sendo 11 profissionais e 10 pais; 3 medições dos ambientes: dimensões dos espaços, temperatura e umidade relativa do ar; 05 registros de observações comportamentais.

Quanto à temperatura e umidade relativa do ar, o parâmetro utilizado foi a NBR 7256 (2005). Em relação a essas medições não houve discrepância da base legal para os índices conferidos; as variações foram consideradas normais dentro do indicado em norma.

Quanto às fontes emissoras de ruídos, baseadas no que rege a NBR 10.152 (1987), que avalia o ruído do ambiente visando o conforto dos usuários e considera, para níveis sonoros aceitáveis na internação de RN, o mínimo de 35 dBA e a máxima de 45 dBA, nenhuma das medições o nível ficou abaixo de 45 dBA, ou seja, nem o ambiente sem paciente e só com ar condicionado ligado se encaixa nos níveis de ruídos aceitáveis.

Observar a circulação entre os boxes e as áreas de apoio foi um resultado positivo, pois foi constatado que os leitos divididos em boxes diminuem o movimento

de áreas que normalmente são de alto número de profissionais reunidos, como posto de enfermagem e prescrição médica.

Os resultados sugerem que o H MV preconiza a continuidade do cuidado ao RN, mas descreve o serviço somente com terapia intensiva. Se esta forma de cuidar fosse explícita e separada também na infraestrutura para priorizar as três etapas (UTIN, UCINCo e UCINCa), incentivaria a compreensão pela família sobre a situação clínica, deixaria mais transparente a relação equipe e família e evitaria fluxos desnecessários dos usuários.

5 CONCLUSÃO

A permanência de um paciente no hospital na maioria das vezes é uma agressão, não só física como mental. Assim, o espaço pode ser usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho. Isso porque pressupostos teóricos ressaltam que o paciente se sente melhor, menos estressado e psicologicamente mais relaxado em um ambiente que foi projetado com base em evidências. Por meio do estudo de caso realizado, foi possível ilustrar essa realidade para analisar a grandeza de olhar além do espaço.

No decorrer do estudo, foram constatadas duas mudanças impactantes dos novos conceitos de atendimentos: a primeira é a mudança de paradigma da assistência, ela redesenha a internação neonatal de maneira integrada e progressiva. O que antes era uma unidade de tratamento intensivo, hoje é dividida em dois serviços (Terapia Intensiva e Cuidados Intermediários) e três etapas do cuidado (UTIN, UCINCo e UCINCa).

A segunda mudança é a formação do trinômio pai, mãe e filho dentro do ambiente de internação. Por muito tempo, a presença do acompanhante era algo de gestão; depois veio o direito ao acompanhante obrigando a permissão do livre acesso ao paciente neonatal; atualmente, o casal forma a rotina da família acompanhante.

As duas alterações influenciam diretamente na atuação da equipe e na formação do espaço. Agregado a essas mudanças tem-se o alvo protagonista desse serviço, a segurança do paciente recém-nascido.

Os resultados representam a necessidade de serviços trabalharem de maneira unificada. As boas práticas implantadas pelas políticas públicas não são voltadas para o atendimento público ou privado. O modo de cuidar e se adequar às tendências da saúde tem um só objetivo, oferecer atendimento digno para o usuário do serviço de saúde.

A mudança não é fácil e nem simples. Talvez o ponto mais crítico a se vencer é visualizar a forma que a intervenção arquitetônica pode impactar no público alvo. A arquitetura não cura, mas é um componente facilitador e catalisador para o alcance dela. A pesquisa confirma que a soma do processo de trabalho, da humanização do cuidado, do espaço e da adequada interpretação dos novos paradigmas, gera o resultado almejado pelo serviço de saúde, a segurança do paciente e o bem-estar do usuário.

REFERÊNCIAS

ABNT. NBR 10152. Níveis de Ruído para conforto acústico. Rio de Janeiro, 1987.

_____. NBR 7256. Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) – Requisitos para projeto e execução das Instalações. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2005.

ARAUJO, Eliete de Pinho. Infraestrutura predial. In: ROMERO, Marta Adriana Bustos (Org.). Tecnologia e sustentabilidade para humanização dos edifícios de saúde. Brasília: Unb, 2011.

BRASIL, Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano. Brasília: 2016.

_____. ANVISA. Resolução nº 07, de 18 de fevereiro de 2011. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: 2011.

_____. ANVISA. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: 2002.

_____. ANVISA. Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2015.

_____. Constituição, Brasil (1988). 2. Emenda Constitucional, Brasil. 3. Decreto Legislativo, Brasil. I. Título.

_____. Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília. 2006.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Brasília: 2012.

_____. Portaria 1.683, de 12 julho 2007. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em: 9 mar. 2019.

FERRER, Mário. Manual da arquitetura das internações hospitalares. Rio de Janeiro: Rio Book, 2012.

NUPEHA. Núcleo de Pesquisa e Estudos Hospitalar Arquitetura. Espaços de saúde mais humanos e adequados às necessidades dos usuários. [S. l.], 2019. Disponível em: <<http://hospitalarquitetura.com.br/tendencias/8-espacos-de-saude-mais-humanos-e-adequados-as-necessidades-dos-usuarios.html>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

SANTOS, Mauro César de Oliveira et al. Arquitetura e Saúde: o espaço interdisciplinar. PROARQ-FAU-UFRJ, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/arquitetura_saude.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

ZAHEYEN, E. A audição do bebê. In: MOREIRA, MEL., BRAGA, ... FIOCRUZ, 2003.